

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

訪問看護師のストレスに関する研究：  
訪問看護に伴う負担と精神健康状態(GHQ)および首  
尾一貫感覚(SOC)との関連について

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日本赤十字九州国際看護大学 公開日: 2013-01-17 キーワード (Ja): 訪問看護師, ストレス, 精神健康状態, 首尾一貫感覚 キーワード (En): 作成者: 小林, 裕美, 乗越, 千枝 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.15019/00000107">https://doi.org/10.15019/00000107</a>

著作権は本学に帰属する。

# 訪問看護師のストレスに関する研究

—訪問看護に伴う負担と精神健康状態 (GHQ) および首尾一貫感覚 (SOC)  
との関連について—

Study of Stress of Home Visiting Nurses  
-Home visiting burden related mental health (GHQ) and Sense of Coherence (SOC)-

小林裕美                      乗越千枝  
Hiromi Kobayashi        Chie Norikoshi

日本赤十字九州国際看護大学  
The Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing

## 要旨

訪問看護師の訪問看護を行うことによって生じる負担と精神的健康状態および首尾一貫感覚 (SOC) との関係を明らかにする目的で、福岡県内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師に調査を依頼し、有効回答を得た102名の結果を分析した。

対象者は、全員女性で、40歳代の既婚者で子供がいる者が多かった。精神健康状態は良好とはいえなかったが、首尾一貫感覚 (SOC) が高いほど、精神健康状態が良好になることが明らかとなった。訪問看護に伴う負担は、訪問看護師の精神健康状態に直接的に影響していなかった。その1つである「多くのことをひとりで判断すること」は、訪問看護の経験ではなく看護経験の長さに影響し、そのような訪問看護師に対する特別な配慮が必要であると考えられた。また訪問看護師は、SOCの3つの要素のうち、把握可能性、有意味感が高く、処理可能感が低いため、問題解決のための資源をあきらめず探しつづけ、正の方向に押し上げる力をもつといえる。従って、訪問看護師が問題解決できる資源を準備することが重要であることを示唆している。

Key Words : 訪問看護師 ストレス 精神健康状態 首尾一貫感覚

## I はじめに

1992年の老人保健法の改正により、看護職が管理者となり1つの施設として「老人訪問看護ステーション」が開設できるようになった。その後すべての年齢が対象可能となり、訪問看護は在宅ケアの社会的ニーズとともに発展してきた。訪問看護ステーションは、現

在全国で5,221ヶ所(2004年10月)<sup>1)</sup>あり、訪問看護に従事する看護職は、約24,000人(2003年10月)<sup>2)</sup>となっている。

さらに2000年の介護保険法の施行により、訪問看護は医療・介護にまたがる中核的な役割を担う重要な領域となった。医療の側面では、平均在院日数の短縮化により、医療ニーズの高い利用者の増加、リハビリテーションへのニーズの増加があげられる。介護の側面では、介護保険サービス提供者や介護支援専門員との連携において、重要な役割を担うことになった。

このような社会的な背景のなかにあり、訪問看護師は、そのほとんどがたったひとりで療養者の自宅に出向き、相手の価値観をよく理解することに努め、それを尊重しながらも看護職として必要と自ら判断したサービスを提供していくのである。そこには、自分にはない価値観や受け入れがたい価値観をもつ方に出会うことも少なくなく、それを克服しながら療養者およびその家族と信頼関係を築いていく。そのためには、ひとりで判断する能力や多様な価値観を受け入れる豊かさが必要である。他にも訪問するときの車の運転や携帯電話による療養者への夜間緊急対応などに伴う緊張感などが、病院や施設で働く看護師とは異なる点である。

看護職は、さまざまな職種で構成される医療チームのなかでもストレスが高いといわれている<sup>3) 4)</sup>。病院で働く看護職のストレスに関する研究では<sup>3) 12)</sup>、バーンアウトの視点から問題をとらえているものや<sup>5) 6)</sup>、ストレス対処の視点のもの<sup>7) 9)</sup>が比較的多く見られている。一方、訪問看護師のストレスについては、まだ研究は少ない<sup>13) 16)</sup>。また、Bret Lら<sup>17)</sup>は、ストレスに関して病院の看護師と在宅看護師を比較し、Lorella Eら<sup>18)</sup>は、地区看護師の職務上のストレスは、仕事の過剰な負担、気候の変化、複雑なケアニーズを有する対象者への看護、他部門との連携不足、家族への責任という結果を出している。

Sense of Coherence (首尾一貫感覚 以下SOCとする) 概念は、Antonovskyによって提唱された健康生成論の中核概念である<sup>19)</sup>。Antonovsky<sup>19)</sup>によればSOCとは、「その人に浸みわたったダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界(生活世界)規模の志向性のことである。それは、第1に自分の内外で生じる環境刺激は、秩序付けられた予測と説明が可能なものであるという確信「把握可能性(comprehensibility)」、第2にその刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるとする確信「処理可能感(manageability)」、第3にそうした要求は挑戦であり心身を投入しかかわるに値するという確信「有意味感(meaningfulness)」からなるという。また、Antonovsky<sup>19)</sup>は集団特性としてのSOCをみる重要性を個人の健康に影響する可能性から述べており、訪問看護師のSOCについての調査は国内ではほとんどされておらず、訪問看護師の特性を知る手がかりになるものと考えている。

今回、訪問看護師のストレスについて、バーンアウトや職場環境改善の観点ではなく、

訪問看護に伴う特有な負担要因がストレス反応としての精神健康状態に及ぼす影響やストレス対処能力としての首尾一貫感覚の影響を探求したいと考えた。その結果を踏まえた上で、訪問看護師のストレスマネジメントに関する手がかりを得たいと考える。

## II 研究目的

本研究の研究目的は、訪問看護師の訪問看護を行うことによって生じる負担と精神的健康状態およびSOCとの関係を明らかにすることである。研究で得られた示唆を訪問看護師のストレスマネジメントへの介入の手がかりとし、訪問看護師のストレスマネジメントに関する研究の予備的研究と位置づけるものである。

## III 用語の定義

ストレスとは、広辞苑<sup>20)</sup>によると「外部刺激が負担としてはたらくとき心身に生じる機能変化」である。ここでは、一般用語としてのとらえ方に近い「意識、無意識を問わず負担に感じる」とする。

## IV 研究方法

### 1、対象者

福岡県内の訪問看護ステーションに協力を依頼し、承諾の得られた15ヶ所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師、129名とした。郵送による返送があったのは、119名で有効回答数は、102名（有効回答率 85.7%）でこれを分析対象とした。

### 2、調査方法

自記式質問紙調査

### 3、倫理的配慮

質問紙の表に研究の目的、趣旨、プライバシーの保護などについて示し、自由意志で回答、返送してもらうものとした。質問紙の回答は無記名であり、個別に郵送にて返却してもらうようにし、同施設内での守秘義務は守られるようにした。

### 4、調査期間

2005年2月～3月

### 5、調査票の構成

#### 1) 基本属性

年齢、看護師の経験年数、訪問看護の経験年数、結婚、子供の有無、疾病の有無

#### 2) 職務状況に関すること

職位、職務形態、看護体制、夜間・休日対応の有無、一週間の訪問件数、今までの

困難事例の数（5段階範囲で選択）、職場での人間関係（5段階で評価）

3) 訪問看護に伴う負担の調査項目は、予備調査にて、1つの訪問看護ステーションにて訪問看護におけるストレスについて聞き取りを行い決定し、以下の8つの項目について1～5の5段階で記入し、数字が大きいほど負担があるように回答してもらった。

①訪問時間の厳守や配慮に対する負担 ②訪問による車の運転への負担 ③多くの判断をひとりですることへの負担 ④療養者・家族との価値観のずれに対する負担 ⑤担当医師への連絡調整への負担 ⑥母体病院などの病院スタッフへの連絡調整への負担 ⑦ケアマネージャーへの連絡調整への負担 ⑧在宅サービス他職種への連絡調整への負担)

4) 首尾一貫感覚 (SOC) の測定には、Antonovsky によって提唱された SOC スケールの日本語版、13項目短縮版<sup>19)</sup>を用いた。7段階のスケールにて返答し、すべてを合計して SOC 得点とし、得点が高いほど SOC が強いとする。SOC スケールは、「把握可能性 (comprehensibility)」「処理可能感 (manageability)」「有意味感 (meaningfulness)」の3つの要素に対応したサブスケールがそれぞれ4、4、5項目あり、計13項目にて構成されている。

5) 従属変数としてのストレス反応に対しては、精神健康調査表<sup>21)</sup>、日本版 GHQ 28 (General Health Questionnaire の28項目版) で評価した。この GHQ 28 は、28項目の質問についてその回答を4要素スケール(身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向)に分類しそれぞれの得点(各要素スケール0～7得点)および合計点により精神的健康度の判定を行うものである。

## 6、分析方法

統計的分析には、Spearman の相関係数、Person 相関係数、Mann-Whitney 検定、WilcoxonWZ 検定、KruskalWallis 検定、T検定、統計ソフトには SPSS (Ver11.5J) を使用した。

## V 結果

### 1、対象者の属性

対象者の基本属性、疾病の有無、職務状況、職場での人間関係、今までの困難事例の数の回答の結果は表1に示すとおりである。年齢は、40代が56名と最も多く、(54.9%) ついで、30代(31名、30.4%)、50代(9名、8.8%)の順で平均年齢は、 $41.4 \pm 6.7$ 歳であった。看護師としての経験年数は、平均  $15.0 \pm 6.1$ 年、訪問看護の経験年数は、 $5.1 \pm 3.4$ 年であった。結婚している(90名88.2%)子供がいる者(81名79.4%)が多く、通院が必要な病気があると回答したものが22名(21.6%)いた。

週間訪問件数の平均は、12.9 ± 5.8 件で看護体制は、利用者を決まった看護師が複数で担当する担当制が82名(80.4%)と最も多かった。

## 2、訪問看護師の精神的健康状態(GHQ 28)

対象者の訪問看護師のGHQ 28の合計得点は、平均6.99 ± 5.9(表3)であった。最小値0から最高値22に分布し、すでに報告されている<sup>22)</sup>GHQ28の健常者・神経症者の分布

表1 対象者の属性

属性	カテゴリー	人数	(%)
年齢 <sup>1)</sup>	20代	6	5.9
	30代	31	30.4
	40代	56	54.9
	50代	9	8.8
看護経験年数 <sup>2)</sup>	～5年	4	3.9
	6～10年	24	23.5
	11～15年	29	28.4
	16～20年	32	31.4
	21年～	13	12.8
訪問経験年数 <sup>3)</sup>	1年未満	8	7.9
	1～3年	32	31.4
	4～6年	29	28.4
	7～9年	18	17.6
	10年～	15	14.7
結婚経験	あり	90	88.2
	なし	12	11.8
子ども	あり	81	79.4
	なし	21	20.6
病気	あり	22	21.6
	なし	80	78.4
職位	管理者	15	14.7
	スタッフ	87	85.3
職務形態	常勤	53	52.0
	非常勤	49	48.0
週間訪問件数 <sup>4)</sup>	～5年	15	14.7
	6～10年	24	23.5
	11～15年	30	29.4
	16～20年	27	26.5
	21年～	6	5.9
夜間・休日対応	している	63	61.8
	していない	39	38.2
看護体制	完全担当制	7	6.9
	担当制	82	80.4
	チーム制	13	12.7
	決まっていない	0	0.0
人間関係	非常によい	21	20.6
	まあまあよい	55	53.9
	普通	22	21.6
	あまりよくない	4	3.9
	よくない	0	0.0
困難ケースの数	ない	5	4.9
	1～2例	33	32.4
	3～5例	45	44.1
	6～9例	6	5.9
	10例以上	13	12.7

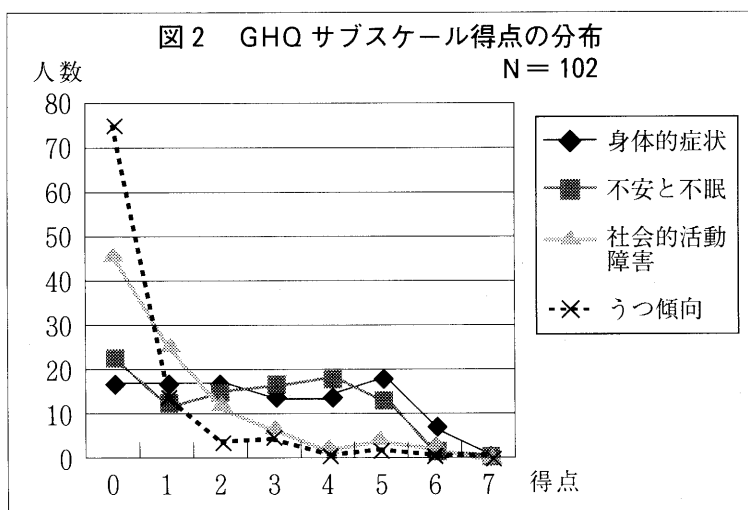
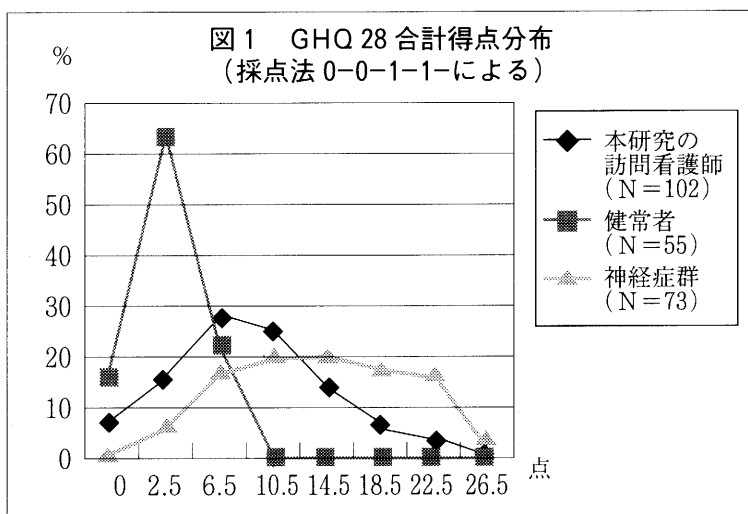
1) 平均±標準偏差 41.4±6.7

2) 平均±標準偏差 15.0±6.1

3) 平均±標準偏差 5.1±3.4

4) 平均±標準偏差 12.9±5.8

を図1に示した。図1で横軸が整数でないのは、GHQ 28 合計得点について各群のパターンの違いを明瞭にするために散布図でなく4点毎の度数人数の割合を4点毎の midpoint にプロットした手引き<sup>22)</sup>に準じたためである。



サブスケールの身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の分布は図2に、平均値は表3に示す。中川・大坊ら<sup>22)</sup>の判定基準に従って、カットオフポイントを5/6点とし、6点以上を精神健康状態でのハイリスク群とすると、ハイリスク群は61名(59.8%)であった。

基本属性や職務状況および各変数間の相関係数を表2に示す。GHQ 合計得点と各変数の相関がみられたのは、SOCに弱い負の相関のみであり、他の変数との相関はみられなかった。人間関係は、点数が小さいほどよい状態であるという設定で回答を得たが、GHQ 合計得点と正の相関に近い傾向がみられた。職位は、管理者が15名、スタッフ87名の内訳であったが(表1)、それぞれのGHQ 合計得点の差の検定をおこなった結果、有意な差はみられなかった。職務形態などすべての調査項目についての回答に応じて差の検定をおこなったが、いずれもGHQ 合計得点に有意な差はみられなかった。

表2 各変数間の相関係数

(N=102)

年齢	看護経験	訪問経験	件数	困難事例	人間関係	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	SOC	GHQ合計
年齢	** 0.716	** 0.563	** -0.279	-0.007	-0.078	0.040	-0.147	** -0.347	-0.123	0.040	-0.182	-0.156	-0.012	** 0.227	-0.033
看護経験		** 0.561	-0.092	0.101	0.066	0.039	-0.081	** -0.330	-0.138	0.064	-0.009	-0.095	-0.015	** 0.134	-0.017
訪問経験			** -0.069	** 0.289	-0.064	0.051	-0.057	-0.146	-0.151	0.047	0.000	-0.041	0.016	** 0.181	-0.058
件数				*	0.228	0.130	0.021	0.079	0.102	0.094	0.163	*	0.214	-0.010	-0.016
困難事例						-0.033	0.102	0.025	-0.024	0.168	0.172	** 0.264	0.192	0.114	-0.090
人間関係							-0.034	0.105	-0.077	0.099	0.131	0.112	0.043	-0.109	-0.243
訪問時間の厳守や配慮への負担 (a)								** 0.379	** 0.312	** 0.318	0.036	0.038	*	** 0.215	** 0.260
車の運転への負担 (b)									** 0.315	** 0.295	0.156	0.127	** 0.302	*	** 0.205
ひとりで判断する負担 (c)										** 0.528	** 0.384	** 0.373	** 0.338	** 0.262	-0.173
療養者との価値観のずれへの負担 (d)											** 0.401	** 0.432	** 0.493	** 0.364	** -0.284
医師との連絡調整の負担 (e)												** 0.624	** 0.414	** 0.261	-0.042
病院スタッフとの連絡調整の負担 (f)													** 0.533	** 0.412	-0.115
ケアマネとの連絡調整の負担 (g)														** 0.728	** -0.318
在宅サービス他職種との連絡調整の負担 (h)															-0.165
SOC															** -0.413
GHQ合計															

\*\*相関係数は1%水準で有意(両側)

\*相関係数は5%水準で有意(両側)

Speamanの相関係数

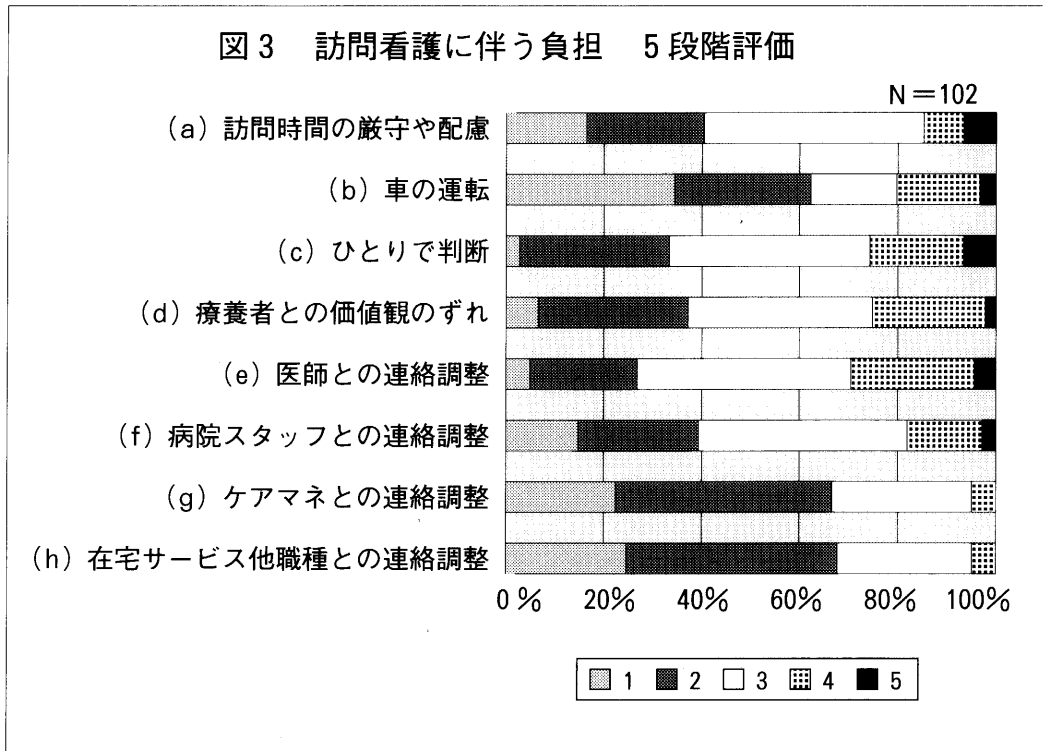
は Pearsonの相関係数

### 3、訪問看護に伴う負担

訪問看護に伴う負担として、(a) 訪問時間の厳守や配慮に対する負担 (b) 訪問による車の運転 (c) 多くの判断をひとりですること (d) 療養者・家族との価値観のずれに対する負担 (e) 担当医師・(f) 母体病院などの病院スタッフ・(g) ケアマネージャー・(h) 在宅サービス他職種への連絡調整に対する負担を5段階で回答を得た結果は、図3に示す。ひとりで判断すること(c)や価値観のずれに対する(d)負担を高く感じる人が多く、関連職種との連絡調整では、医師(e)と病院スタッフ(f)に負担を感じていた。ひとりで判断することへの負担(c)は、年齢、看護経験に弱い負の相関がみられたが、訪問経験とは相関がみられなかった。そのほかには、訪問にともなう負担(a)~(h)と基本属性などとの相関はみられなかった(表2)。



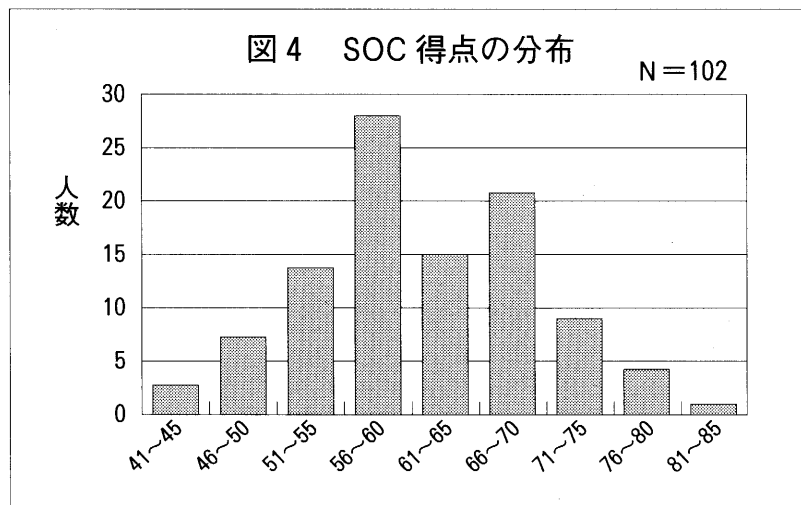
図3 訪問看護に伴う負担 5段階評価

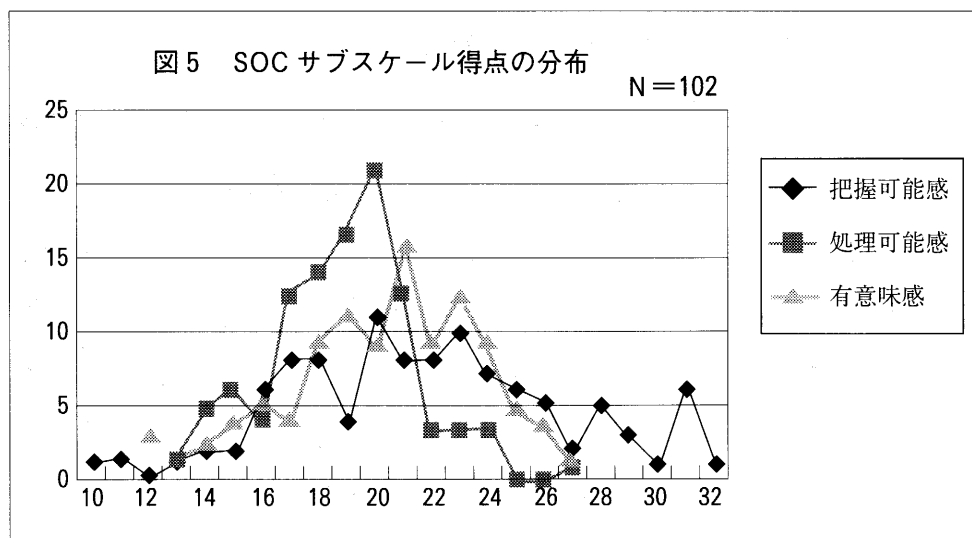


4、訪問看護師の首尾一貫感覚 (SOC)

SOCの得点は、最小値41から最高値85に分布し(図4)平均61.4±8.2であった(表3)。サブスケールの把握可能感、処理可能感、有意味感の得点分布は図5のとおりで、平均値は処理可能感が低い傾向がみられた(表3)。SOCと各変数感の相関では、ケアマネージャとの連絡調整への負担に弱い負の相関がみられた(表2)

図4 SOC得点の分布





## 5、GHQとSOC

GHQ 28 と SOC のサブスケールそれぞれの平均と各サブスケール間の相関を表3に示す。スケール間では弱い負の相関ではあるが、サブスケール間の相関をみると、それに最も影響を与えているのが、「SOC把握可能感」とGHQの「不安・不眠」である。また、処理可能感とGHQはどのサブスケールにおいても相関していなかった。

表3 GHQとSOC、平均値と各サブスケール間の相関

N=102

		SOC				
平均値		61.4	SOC把握可能感 22.0	SOC処理可能感 18.8	SOC有意味感 20.5	
標準偏差		8.2	4.7	2.5	3.2	
GHQ合計	6.99	5.9	-0.413**	-0.381**	-0.175	-0.356**
身体的症状	2.72	1.9	-0.176**	-0.138	-0.112	-0.158
不安・不眠	2.53	1.9	-0.460**	-0.460**	-0.220*	-0.358**
社会的活動障害	1.27	1.6	-0.334**	-0.309**	-0.091	-0.326**
うつ傾向	0.52	1.0	-0.339**	-0.339**	-0.142	-0.257**

Pearson の相関係数

\*\* 1%水準で有意(両側)

\* 5%水準で有意(両側)

## Ⅵ 考察

### 1、訪問看護師の精神健康状態

精神健康状態を示す GHQ 合計得点の分布は、健常者群と神経症群の中間に位置する分布をしている。看護師は医療職のなかでも GHQ が高いといわれており、松本<sup>3)</sup>らは、同一の医療機関の医師と看護師の精神健康度と職業性ストレスを比較し、看護師が有意に精神健康度が低く、看護職の GHQ 28 が 6 点以上の者が 74.0%であった報告している。また病院看護職と女性事務職員を比較した増田ら<sup>11)</sup>は、GHQ 30 を使用しているが、有意に看護職の GHQ が高く、GHQ 12 を使用した影山ら<sup>12)</sup>は、病院の看護職者の精神健康度のハ

イリスク群はカットオフポイントを3/4として54.1%であった。本研究の結果でも、精神健康状態のハイリスク群は59.8%であり、病院の看護師同様に訪問看護師の精神健康状態がよくないことが明らかである。一方、地域で働く保健師では、GHQ12を用いて3/4をカットオフポイントとした山下ら<sup>23)</sup>の報告では、ハイリスク群が21.2%と病院で働く看護職や本研究の結果よりも精神健康状態は良好といえる。また、他の職種についてGHQ28を使用した研究をみると、山下ら<sup>24)</sup>の消防署員平均点が5.16点、6点以上のハイリスク群は35.5%で、機械製造業に従事する人<sup>25)</sup>では、平均点5.2点と訪問看護師の精神健康状態がいかに悪いかを示している。

図3に示したGHQのサブスケールの身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の分布は、他の研究とおおむね同様の分布でとくに特徴は見られなかった。

松山ら<sup>13)</sup>によれば、訪問看護ステーションの管理者とスタッフには、ストレス認知に有意差がみられているが、本研究での精神健康状態に差はみられなかった。

## 2、訪問看護師の首尾一貫感覚 (SOC)

結果より、訪問看護師におけるSOCが高いほど、精神健康状態が良好になることが明らかとなった。SOCとGHQの関係について、一般成人を対象とした高山ら<sup>26)</sup>の報告によれば、SOCとGHQの相関は-0.40～0.59で見られている。また大学生を対象とした明翫<sup>27)</sup>らの結果においても負の相関がみられ、サブスケールの把握可能感、処理可能感、有意味感、すべてがGHQと負の相関を示している。しかし、本研究のサブスケール間の相関では、処理可能感の得点が低いために、GHQを償還していなかったといえる(表3)。Antonovsky<sup>19)</sup>によれば、SOCの3つの要素のうち、把握可能性が高く、処理可能感が低い場合でも、有意味感が高い場合は、問題解決のための資源をあきらめず探しつづけ、問題を正の方向に押し上げる力をもつという。したがって、訪問看護師を支援する上で問題解決できる資源を準備することが重要であるといえる。

Bret Lら<sup>17)</sup>は、SOCの3つの要素のうち処理可能感、有意味感の2つを調査票の項目で使用し、有意味感は、看護師の満足感とプラス面のストレス(ユーストレス)に重要で、処理可能感と管理者への信用がストレス対処に重要であると導いている。さらに病院看護師は在宅看護師に比べて病院医療のシステムに不満を感じており、訪問看護師の方が本当の看護を行う機会が約束されていると結んでいる。訪問看護師の精神健康状態が良好ではなかったが、病院で働く看護師に比べるとよかった本研究の結果からも一致した見解といえる。

## 3、ストレスマネジメントへの示唆

訪問看護に伴う負担が、訪問看護師の直接的な精神健康状態に影響している結果は得ら

れなかった。訪問看護に伴う負担のひとつである「多くのことをひとりで判断すること」については、看護経験が長いほど負担に感じず、訪問経験には影響されないことより、看護経験の浅い訪問看護師に対する特別な配慮が必要である。

また、SOCの3つの要素の1つである処理可能感とは、「問題に対応するための資源はいつでも得られるとする確信」であり、これが低い訪問看護師が、この確信をもてる社会的支援は、十分とはいいがたい。人的な社会的支援としては、同職場内の人間関係があげられる。訪問看護利用者についてよく情報交換し、時には愚痴をこぼしあうことのできるよい人間関係が重要であることが結果からも示唆されていた。訪問看護ステーションは平均4.2名<sup>1)</sup>という少ないスタッフでの施設が多く、地域で包括的な教育支援が必要である。また、長谷川<sup>16)</sup>が指摘しているように、川村ら<sup>28)</sup>が作成した「在宅療養支援のための医療管理看護プロトコル」のようなプロトコルの開発も重要である。訪問看護師のストレスマネジメントのためには、看護師自身の対処能力を向上させることが最も有効であるが、SOCは一般に、30歳くらいまでに形成され、その後あまり変化しないとも言われている。しかし、多くの生活場面のなかで困難な状況での判断を求められる訪問看護師においては、今後の研究の余地を与えるものと考えられる。

## Ⅶ 研究の限界と今後の課題

本研究は、県内の限られた訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師による調査であり、訪問看護師全体に一般化できないと考えられる。また、訪問に伴う負担は、直接的に訪問看護師の精神健康状態に影響を与えている結果は得られなかったが、訪問に伴う負担は複雑な要素がからみあることが考えられ、5段階で評価した方法論的な問題もゆがめないとと思われる。

さらに、健康生成論に基づく概念においては、ストレスには良好な状態へと導くものもあるという考えがあり、訪問看護にともなう満足感ややりがいについての影響も見ていく必要があると思われる。

## 謝辞

本研究にあたり、調査に快く協力して下さった訪問看護ステーションの看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、日本赤十字九州国際看護大学平成16年度学内奨励研究の助成を受けて行ったものである。

## 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省公式ホームページ 平成16年度 介護サービス施設・事業所調査結果速報  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kaigo04/gaiyo.html>

- 2) 厚生労働省公式ホームページ 平成15年度 介護サービス施設・事業所調査結果の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service03/kekka5.html>
- 3) 松本日出男, 池田聰子, 森 満: 同一医療機関の医師・看護職における精神健康度と職場ストレス要因の検討, 北海道公衆衛生学雑誌 15, 59-69, 2001
- 4) 影山隆之, 森俊夫: 病院勤務看護職者の精神衛生, 産業衛生, 33, 31-44, 1991
- 5) 久保真人, 田尾雅夫: 看護婦におけるバーンアウト – ストレスとバーンアウトとの関係-, 実験社会心理学研究, 34 (1), 33-43, 1994
- 6) Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF: Investigation of factor influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses, International Journal of Nursing Study, 40 (8), 807-827, 2003
- 7) 足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一 他: 某公立病院看護婦の精神健康度およびストレス対処行動についての検討, 産業衛生学雑誌, 41, 79-87, 1999
- 8) 足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一: 看護職のストレスマネジメントに関する研究 – ストレス・ストレスコーピング尺度 (SSCQ) の看護職への適用 –, 産業衛生学雑誌, 47, 1-10, 2005
- 9) 梶原睦子, 八尋華那雄: 看護師のストレスとストレス対処の特徴 – SSCQを用いた年代別調査 –, 山梨医科大紀要, 19, 65-70, 2002
- 10) 細見潤, 藤本洋子, 片平久美他: 看護婦のメンタルヘルスに関する調査, 看護研究, 31 (5), 1998
- 11) 増田安代, 森岡郁晴, 松岡緑: 病院勤務看護職の精神的健康に影響を及ぼす要因 – 女性事務職員との比較 –, 日本保健福祉学会誌, 9(1), 15-24, 2002
- 12) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生 他: 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連, 大分看護科学研究 4(1), 1-10, 2003
- 13) 松山洋子, 若佐柳子, 青木きよ子: 訪問看護婦のストレス因子の検討, 看護研究, 32 (6), 1999
- 14) 松山洋子: 訪問看護ステーションに勤務する看護婦のストレスの検討, 岐阜県立看護大学紀要 1 (1), 27-34, 2001
- 15) 仁科祐子, 谷垣静子: 訪問看護師の職業ストレスサ-に関する研究 (第2報) – スタッフのストレス要因, 日本看護研究学会雑誌, 27 (3), 154, 2004
- 16) 長谷川美津子: 訪問看護における医師の指示書に関連したストレス, ストレス科学 18 (3), 144-150, 2003
- 17) Bret L.Simmons, Debra L Nelson, Leslie Jean Neal: A Comparison of the Positive and Negative Work Attitudes of Home Health Care and Hospital Nurses, Health Care Management Review 26 (3), 63-74, 2001

- 18) Lorella Evans : An Exploration of district nurses' perception of occupational stress, British Journal of Nursing , 11(8), 576-585, 2002
- 19) アーロン・アントノフスキー著 山崎嘉比古・吉井清子監訳：健康の謎を解く-ストレス対処の健康保持のメカニズム-, 有信堂, 2001, 19-23
- 20) 広辞苑 第五版, 岩波書店
- 21) 中川泰彬, 大坊郁夫：日本版GHQ28 精神健康調査票, 日本分科科学社, 1885
- 22) 中川泰彬, 大坊郁夫：日本版GHQ精神健康調査票<手引き>, 日本分科科学社, 1885
- 23) 山下由紀子, 伊藤美花, 嶋崎淳子 他：保健師の職業性ストレスとソーシャルサポートとの関連, 聖マリアンナ医学研究誌 5 卷, P1-13, 2005.
- 24) 山下由紀子, 佐藤利江子, 石澤和子 他：消防局職員の精神健康について, 聖マリアンナ医学研究誌, 5 卷, P 63-66, 2005.
- 25) 荒木田美香子, 永井道子：職場単位 of 精神健康とその関連要因の検討, 産業衛生学雑誌 46 卷臨増, P 420, 2004.
- 26) 高山智子, 浅野祐子, 山崎嘉比古 他：ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚と精神健康に及ぼす影響, 日本公衆衛生学会誌, 46 (11), 965-975, 1999
- 27) 明翫三宜：首尾一貫感覚と健康な精神的機能との関連, 中京大学 心理研究科・心理学部紀要, 3 (1), 7 -16, 2003
- 28) 川村佐和子 監修：在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール, 日本看護協会出版会, 2000